

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
REGION SUR DE SALUD
PONCE, PUERTO RICO 00731

OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

Sra. Delia Renta Rodríguez
Urb. Las Flores Calle 3 B-3
Juana Diaz, P.R. 00795

P/C : Dr. José A. Toro Font *Dr. José A. Toro Font* / *informante*
Director Regional

Lourdes T. Napoleoni
Sra. Lourdes T. Napoleoni
Directora de Recursos Humanos
AFASS-Region Sur

8 de abril de 1999

ACEPTACION DE RENUNCIA POR RETIRO TEMPRANO

De acuerdo con sus deseos hemos procedido a aceptarle la renuncia del puesto de AUX. DE SALUD ORAL II, con un sueldo mensual de \$1,041.00 y con carácter regular que usted ocupó en la Dir. y Adm. Regional de Ponce.

Esta renuncia fue efectiva el 31 de marzo de 1999.

Los 36½ días de vacaciones regulares y los 28 días por enfermedad acumulados por usted hasta la fecha en que fue efectiva su renuncia para acogerse a los beneficios del SISTEMA DE RETIRO TEMPRANO se pagarán en forma escalonada según lo dispone la Ley de RETIRO TEMPRANO. (65%)

Aprovechamos la oportunidad para expresarle nuestro agradecimiento y reconocimiento por los servicios que usted ofreciera al pueblo de Puerto Rico. Esperamos que disfrute usted del bien merecido retiro, junto a sus familiares y le deseamos el mayor de los éxitos en cualquier empresa que usted emprenda.

Así le ayude DIOS.

/vls

99 ABR 9 PM 3 48

Número de Evidencia de Reclamación:
Reclamante:

INFORMACIÓN SOLICITADA PARA PROCESAR SU RECLAMACIÓN

Instrucciones

Responda las cuatro (4) preguntas y sub-preguntas aplicables. Incluya el mayor nivel de detalle posible en sus respuestas. Sus respuestas deben proporcionar más información de la que se incluye en la evidencia de reclamación inicial. A modo de ejemplo, si usted escribió previamente como fundamento de su reclamación "Ley 96," tenga a bien explicar ahora en qué leyes específicas pretende basar su reclamación, el año en que se aprobó la ley en cuestión, y cómo y por qué cree que esta ley en particular constituye un fundamento para su reclamación.

Asimismo, si estuviera disponible y fuera aplicable a su reclamación, proporcione:

- Copia de un escrito inicial, como por ejemplo una Demanda o Respuesta;
- Una sentencia o acuerdo de conciliación sin pagar;
- Notificación por escrito de su intención de radicar una reclamación con constancia de envío por correo;
- Toda documentación que, a su juicio, fundamentalmente su reclamación.

Envíe el formulario completado y documentos de apoyo por correo electrónico a PRClaimsInfo@primeclerk.com, o por correo postal o entrega en mano a la siguiente dirección:

<u>Por Correo</u>	<u>Entrega en Mano o Service de Correo Postal de 24 Horas</u>
Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk, LLC Grand Central Station, PO Box 4708 New York, NY 10163-4708	Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk LLC 850 Third Avenue, Suite 412 Brooklyn, NY 11232

Cuestionario

1. ¿Cuál es el fundamento de su reclamación?

Una acción legal pendiente de resolución o concluida con el gobierno de Puerto Rico o en contra de este

Empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico

Otro (indique con el mayor nivel de detalle. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

2. ¿Cuál es el monto de su reclamación (cuánto dinero reclama que se le adeuda):

Aprox. 10,000.00 o a la que tengo derecho por ley.

Número de Reclamante:
4(c). Estado del caso:
4(d). ¿Tiene usted una sentencia?
De ser así, ¿cuál?

Número de Evidencia de Reclamación:
Reclamante:

3. Empleo. ¿Su reclamo se relaciona con un empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico?
 No. Pase a la Pregunta 4.
 Sí. Responda preguntas 3(a)-(d).

3(a). Identifique el organismo o departamento específico en el que trabaja o trabajó:
Departamento de Salud de Puerto Rico - División Salud Oral

3(b). Identifique las fechas de su empleo con relación a su reclamación:
1-octubre-73 al 31-de Marzo de 1999

3(c). Últimos cuatro dígitos de su número de seguro social: 9228

3(d). Cuál es la naturaleza de sus reclamaciones de empleo (seleccione todo lo que sea aplicable):

Jubilación
 Salarios impagos
 Días por enfermedad
 Queja con el sindicato
 Vacaciones
 Otro (Proporcione el mayor nivel de detalle posible. Adjunte páginas adicionales de ser necesario).

4. Acción legal. ¿Su reclamación se relaciona con una acción judicial ya cerrada o pendiente de resolución?

No.

Sí. Responda Preguntas 4(a)-(f).

4(a). Identifique el departamento o agencia que es parte de esta acción:
Departamento de Salud de Puerto Rico - División Salud Oral

4(b). Identifique el nombre y la dirección del tribunal o agencia donde la acción está pendiente de resolución:
Prime Clerk Common Wealth Processing Center of Puerto Rico

4(c). Número de caso: 17 BK 3283-LTS C/o Prime Clerk LLC

4(d). Título, epígrafe, o nombre del caso:
Key Promesa Título III 850 Third Avenue Suite 712 Brooklyn, NY 11232

Número de Evidencia de Reclamación:
Reclamante:

4(e). Estado del caso (pendiente de resolución, en apelación, o cerrado): Pendiente a resolución

4(f). ¿Tiene usted una sentencia impaga? Sí No (Marque una)
De ser así, ¿cuál es la fecha y el monto de la sentencia?